

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE 404

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PRÉSENTÉE PAR

CLÉMENT Etienne

Né à TOURS (Indre-et-Loire), le 31 Décembre 1906

Les formes non cataclysmiques de la ponte ovulaire hémorragique

LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président de Thèse : M. le Professeur LENORMANT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1933

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549907_0058

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'Etat*)

PRÉSENTÉE PAR

CLÉMENT Etienne

Né à TOURS (Indre-et-Loire), le 31 Décembre 1906

Les formes non cataclysmiques
de la ponte ovulaire hémorragique

LEUR TRAITEMENT CHIRURGICAL

Président de Thèse : M. le Professeur LENORMANT

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1933

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSENGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNéo.
	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique	GRÉGOIRE.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT...	Physiologie.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
DONZELOT	Pathologie médicale.
ECALLE	Obstétrique.
FEY	Urologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELIER	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD	Histologie.
HALPHEN.	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
HUTINEL	Pathologie médicale.
JOANNON	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiatrie.
LIAN	Pathologie médicale
MONDOR	Pathologie chirurgicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE	Pathologie chirurgicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
OLIVIER	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUENU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SEZARY	Dermatologie et syphillographie.
TROISIERS	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY - RADOT	
(Pasteur)...	Pathologie médicale
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VIGNES	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie.
RETTERRER	Histologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT.....	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLET-BERT, agrégé ...	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Education physique.
WEILL-HALLÉ	Radiologie clinique.
	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MON GRAND-PÈRE

A MES PARENTS

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

A MA SŒUR

A MON MAÎTRE ET AMI,
LE DOCTEUR JEAN ROY
Professeur de Pathologie Chirurgicale
à l'Ecole de Médecine de Tours

A MON MAÎTRE ET AMI,
LE DOCTEUR JUSTIN-RENÉ PROUST

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LENORMANT,
Professeur de Clinique Chirurgicale,
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND BONNEAU,

*Qui nous a guidé dans ce travail et
dans notre carrière médicale.*

Témoignage de respectueuse reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLAUME-LOUIS,
Directeur de l'Ecole de Médecine de Tours,
Officier de la Légion d'Honneur

A NOS MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET DE L'HOPITAL DE TOURS

A NOS MAITRES DES HOPITAUX
ET DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MANSON,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Jacques,
Officier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR PÉCHARMANT,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Jacques

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUILLOT,
Aide d'Anatomie à la Faculté de Médecine de Paris

A MONSIEUR LE DOCTEUR EUDEL,
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Jacques

A MONSIEUR LE DOCTEUR GABRIEL PROUST,

A MONSIEUR LE DOCTEUR SYLVESTRE PROUST

A MONSIEUR LE DOCTEUR PLANTON

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. LAFFITTE

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. GILLOT

A MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI JOUSSET,

*Que chacun d'eux trouve ici le témoi-
gnage de toute notre reconnaissance et
de notre souvenir le plus respectueux,*

INTRODUCTION

Ayant eu l'occasion, pendant notre internat à l'hôpital Saint-Jacques, d'assister à plusieurs opérations faites par M. le Docteur Bonneau sur des malades présentant une ovulation hémorragique à symptomatologie non brutale, nous exposerons dans ce travail quelques faits concernant ces cas.

Nous écartons d'emblée les pontes ovulaires hémorragiques à symptomatologie d'inondation péritonéale. Nous nous réservons donc uniquement l'étude des formes non cataclysmiques, en insistant particulièrement sur leur traitement chirurgical.

Nous ne ferons pas l'historique de la question. On sait les controverses qui ont duré tout le siècle dernier concernant l'étiologie des épanchements de sang dans le péritoine. Il semblait que d'après les travaux de Lawson Tait l'accord soit fait sur la presque exclusivité des grossesses ectopiques dans le déterminisme de ces phénomènes. Cependant, de nombreux travaux ont repris l'ancienne conception de Gallard et ont affirmé la possibilité d'hémorragies intrapéritonéales d'origine ovarienne. La possibilité de ces cas a encore été discutée pendant ces dernières années entre Schickelé et

Forssner. Actuellement, aucun doute ne persiste plus : il y a des cas indubitables d'hémorragies intrapéritonéales dues à la ponte ovulaire hémorragique.

Nous allons examiner rapidement quelques faits concernant la pathogénie et l'étiologie de ces cas (I), puis nous insisterons sur les formes cliniques non cataclysmiques, en précisant bien que c'est pour la commodité de la description que nous avons schématisé une forme légère (II), une forme moyenne (III) et une forme grave (IV).

En réalité, si le thérapeute laisse l'entité morbide évoluer d'elle-même, elle progresse au cours des années, de la forme légère à la forme moyenne et à la forme grave. Selon l'intensité des hémorragies récidivantes, l'évolution est plus ou moins rapide ; elle peut aussi frapper inégalement l'un ou l'autre ovaire quoique les deux soient le plus souvent pris. Mais en fin de compte, il s'agit *d'un seul et même processus*. Chaque catégorie de formes cliniques sera illustrée par des observations choisies parmi les plus typiques. Puis nous envisagerons le diagnostic de ces cas (V), pour insister enfin sur leur traitement chirurgical (VI).

Nous sommes heureux de pouvoir remercier ici M. le docteur Bonneau qui nous a inspiré ce travail et qui nous a communiqué les documents.

APERÇU PATHOGÉNIQUE ET ÉTIOLOGIQUE

L'ovaire est une glande qui est en continuel remaniement et qui présente, aussi bien au point de vue de sa structure qu'au point de vue de son fonctionnement, une évolution cyclique. La description de ce cycle est nécessaire pour la compréhension de la pathogénie de la ponte hémorragique.

Le cycle génital de la femme ou cycle ovarien, cycle menstruel, est de vingt-huit jours chez la femme bien réglée. Pendant la première moitié du cycle, le follicule de De Graaf mûrit, grossit et fait saillie sur la surface de l'ovaire. A un moment donné le follicule se rompt, met en liberté l'œuf qui s'engage dans la trompe. Le moment de la rupture folliculaire, par conséquent de la ponte ovulaire, n'est pas bien déterminé. D'après Sackett, elle aurait lieu toujours dans la deuxième moitié de l'intervalle entre deux règles, mais, le plus souvent immédiatement avant celles-ci. D'après Knaus, l'ovu-

lation survient douze à quatorze jours après le début des règles précédentes.

Le follicule rompu laisse une cicatrice qui ne tardera pas à se combler en formant une sorte de nouvel organe, le corps jaune. Celui-ci persiste jusqu'aux prochaines règles, sauf lorsque l'œuf s'est trouvé fécondé. Dans ce cas là, le corps jaune hypertrophié persiste dans les premiers mois de la grossesse.

A la lumière de ces notions, nous comprendrons maintenant à quel moment l'hémorragie peut survenir : au moment même de l'ovulation, ce qui correspond à la ponte ovulaire hémorragique proprement dite et au moment de la formation du corps jaune par un mécanisme encore mal connu.

A côté de ces deux cas principaux il y en a d'autres : rupture d'un hématome formé au moment de l'ovulation ou par hémorragie du corps jaune.

Y a-t-il quelques *notions étiologiques* capables de nous renseigner sur la raison pour laquelle les unes font une ponte hémorragique, les autres non ? Le traumatisme a été invoqué dans un certain nombre de cas, cités par Bezançon, consistant en coït, coup sur l'abdomen, voir traumatisme opératoire. On ne peut rien affirmer quant aux causes prédisposantes générales : congestion ovarienne, inflammation, etc... Le Docteur R. Bonneau a étudié tout particulièrement l'hémophilie et a conclu « qu'il n'existe aucun lien entre la ponte ovulaire hémorragique et l'hémophilie. » La coexistence est cependant possible, comme en témoigne un cas que cet auteur a pu observer.

La seule chose qu'on puisse affirmer c'est qu'il existe une *prédisposition individuelle*, puisque les femmes qui ont fait une hémorragie de l'ovulation peuvent en faire à répétition. Orth a signalé deux hémorragies consécutives, l'une à gauche, l'autre à droite ; la seconde fut mortelle.

FORME LÉGÈRE

Ces formes, très fréquentes, n'ont pour ainsi dire pas de symptomatologie propre. Rien dans l'histoire de la maladie qui puisse rappeler les cas impressionnants d'inondation péritonéale. Il s'agit de malades qui, soit au moment de leurs règles, soit quelques jours avant, présentent quelques très vagues signes : douleur épigastrique, nausées avec parfois vomissements, un peu de fièvre et surtout, *signe caractéristique, écoulement noirâtre ou couleur chocolat*.

Au point de vue anatomo-pathologique, ces formes se caractérisent par un petit suintement sanguin provenant d'un follicule de De Graaf déhiscent. Les ovaires et les trompes peuvent être recouverts de légères adhérences. On devrait d'ailleurs s'abstenir d'opérer dans ces cas-là et l'anatomie pathologique devrait en être inconnue si l'on ne commettait pas si souvent des erreurs de diagnostic.

Ces manifestations ne sont généralement pas mises sur le compte d'une lésion ovarienne : on fait le dia-

gnostic de dysménorrhée, de salpingite ou souvent d'appendicite comme dans les cas récents de Dreyfus Le Foyer et Lejeune et de Fruchaud et Garnier. Il n'y a, en effet, pas de signes physiques. Voici ce qu'en dit le Docteur R. Bonneau : « Au début, pas de signes locaux. Tout est souple, même si à l'opération on trouve déjà quelques altérations. Plus tard on note des augmentations de volumes intermittentes, puis fixes des annexes de l'un ou des deux côtés, et l'on pourrait penser à la salpingite, à la tuberculose annexielle, au début d'une grossesse ovarienne. »

Mais les cas où l'on trouve ces signes physiques appartiennent déjà à la forme moyenne qui, comme nous le verrons, peut succéder à la forme légère.

Ce qu'il y a, en somme, c'est un « ictus péritonéal sans péritonite, sans fièvre, sans vraie défense musculaire, sans arrêt de gaz » et si l'écoulement caractéristique ne se produit pas, on ne fera jamais le diagnostic. Il n'est pas étonnant, en effet, que ces cas soient toujours des découvertes fortuites au cours d'interventions chirurgicales pour toute autre chose.

Voici des cas de cette catégorie :

OBSERVATION N° 1

Mme X..., âgée de 26 ans, présente des crises intermittentes d'entérite et d'appendicite subaiguë s'accompagnant de troubles génitaux : huit jours avant les règles commence la douleur, les règles surviennent tous les 30 à 40 jours et sont peu abondantes. Dans les antécédents ni grossesse ni

fausse couche. En dehors des règles aucune manifestation anormale.

L'examen physique montre un utérus et des annexes gauches normales, les annexes droites sont douloureuses au toucher.

A l'intervention chirurgicale, on trouve un appendice long, un peu rouge à la pointe, mais surtout on constate que les ovaires sont noyés dans des adhérences molles, rosées, gluantes, se décollant facilement. Ils sont, en outre, remplis de petits kystes hématiques dont quelques-uns sont sur le point de se rompre et dont d'autres sont en voie de résorption. Les ovaires sont couverts de cicatrices.

OBSERVATION N° 2

Mlle M..., 31 ans, a été envoyée à l'hôpital pour des troubles de la menstruation coexistant avec une appendicite chronique et un état général atteint. Les règles, survenant tous les trente jours, sont douloureuses et sont suivies de pertes noirâtres, « jus de réglisse », abondantes. Après une durée de 5 à 6 jours, ces pertes sont remplacées par un écoulement laiteux. Le toucher vaginal est impossible, le toucher rectal montre un utérus en rétroflexion.

A l'intervention on trouve un petit appendice scléreux et deux ovaires blancs, cicatriciels, crevassés, avec quelques rares kystiques hématiques. Il y a un peu de sérosité dans le péritoine pelvien. Les trompes sont normales.

L'utérus en rétroflexion est fixé par ses ligaments ronds. On détruit des petits kystes ovariens par des pointes de feu.

Les résultats sont les suivants : Les règles viennent tous les trente jours, sans douleur. Elles sont suivies de quelques pertes blanches dans lesquelles on distingue parfois des filets noirs. L'état général a été considérablement amélioré.

OBSERVATION N° 3

Une jeune femme de 26 ans est prise au milieu d'une période intermenstruelle, d'une crise douloureuse abdominale généralisée, surtout marquée du côté droit. Elle a eu son premier enfant il y a six mois et n'a présenté aucun trouble génital ni avant ni depuis.

Son médecin fait le diagnostic d'appendicite subaiguë d'autant plus facilement que la malade était suspecte d'appendicite chronique.

Quatre jours après le début de la crise, pas de fièvre, pas de signes de péritonite, pas de vomissements, seulement quelques nausées. La malade boit et ne présente pas de ballonnement ni de dysurie. Mais le faciès est mauvais : traits tirés, yeux cernés et en outre la douleur est permanente.

La palpation ne montre pas de défense musculaire, encore moins de contracture. L'abdomen est douloureux dans son ensemble aussi bien spontanément qu'à la palpation. Aucun signe de localisation intestinale : pas de submatité des fosses iliaques, pas de corde colique, pas d'empatement.

L'exploration de l'appareil génital ne montre rien d'anormal.

On ne peut faire un diagnostic, mais, étant donné l'accélération progressive du pouls à 110 puis à 120, on se décide à l'opération.

Après la laparotomie médiane, on enlève un appendice scléreux. L'utérus et l'annexe gauches sont sains ; à droite, l'ovaire un peu augmenté de volume semble être creusé d'une cavité des dimensions d'un dé à coudre. La paroi de cette cavité est recouverte de sang. Le sang frais sourd encore actuellement de cette cavité et s'étale sur les anses intestinales. On pratique une suture de cette perte de substance.

Immédiatement après l'opération, les douleurs ont disparu.

Ces trois observations nous renseignent un peu sur l'allure clinique des formes légères. En réalité, le diagnostic de ces cas ne sera jamais fait qu'au bout de plusieurs crises répétées. A ce moment-là il y aura à craindre que les constatations opératoires ne révèlent des lésions plus graves.

III

FORME MOYENNE

Le tableau clinique de ces formes-là est déjà beaucoup plus précis, en accordance des lésions bien caractérisées.

Il s'agit ici d'hématomes juxta-ovariens de nombre et de volume divers. Le péritoine réagit par une exsudation séreuse et par la formation d'adhérences. Ces lésions réactionnelles s'étendent aux ovaires, à la trompe et bien souvent aussi à l'S iliaque.

Il y a une douleur initiale assez violente avec état syncopal. Mais peu à peu tout s'arrange, sauf une pâleur, une tachycardie et parfois un peu de fièvre. L'examen montre un abdomen douloureux d'une façon diffuse, sans défense musculaire et sans point douloureux.

C'est l'exploration des organes génitaux qui montrera un utérus un peu gros et la partie haute du cul-de-sac de Douglas, douloureux. On pourra également provoquer la douleur dans les culs-de-sacs latéraux. Fait important, il ne faudra pas s'attendre à trouver un

empâtement volumineux du petit bassin. Tout ce qu'on trouvera, c'est le gonflement latéral autour de chaque ovaire. La collection sanguine de la ponte hémorragique s'étale sur le péritoine pelvien autour des ovaires, mais ordinairement ne descend pas dans le Douglas au contact du vagin.

Pour authentifier encore l'hémorragie ovarienne, il faut rechercher la perte de sang noirâtre ou chocolat.

L'interrogatoire, en fouillant dans les antécédents de la malade, pourra y mettre en évidence des manifestations du genre de celles que nous avons vu dans le chapitre précédent : règles douloureuses, « ictus péritonéaux », écoulement noir, etc.

En somme, cette forme moyenne pourra orienter plus facilement vers une hémorragie, mais il sera difficile de ne pas la confondre avec une grossesse tubaire en train de se rompre. La distinction est déjà plus facile avec une salpingite car cette forme moyenne de la ponte ovulaire hémorragique possède des signes plus nettement ovariens.

Voici une observation pour illustrer notre description :

OBSERVATION N° 4

Une femme d'une quarantaine d'années, appartenant à un milieu médical très craintif, fait plus d'un an de chaise longue pour des phénomènes de péritonite récidivante des annexes, sans fièvre.

L'examen nous révèle des masses de consistance irrégulière, enveloppant les annexes, rendant la mobilisation utérine douloureuse ; le Douglas est libre,

Quoique plusieurs chirurgiens déjà appelés en consultation aient affirmé la salpingite et proposé, les uns la prolongation de la chaise longue, les autres l'hystérectomie, nous n'hésitons pas à conseiller le traitement chirurgical conservateur, pour simple ponté ovulaire hémorragique de forme moyenne.

Laparotomie. — L'ovaire droit est encroûté d'hématomes noirs, de foyers de péritonite séreuse et il y a des hématomes intra-ovariens ; de l'un d'eux s'écoule du sang frais.

A gauche mêmes lésions, mais plus modestes.

On peut faire une mise au point correcte en conservant une bonne moitié de l'ovaire droit et presque tout l'ovaire gauche.

Ligamentopexie. — Deux grossesses consécutives.

Nous avons donc vu que ce qui caractérisait avant tout la forme moyenne par rapport à la forme légère, c'était une précision plus grande du tableau clinique permettant d'orienter le diagnostic. D'autre part, ces formes moyennes se distinguent des formes graves mais non cataclysmiques que nous allons étudier par le fait que les organes sont encore en un état assez satisfaisant pour qu'on puisse les conserver. Nous reviendrons encore sur la chirurgie essentiellement conservatrice qui doit être appliquée à ces cas-là.

IV

FORME GRAVE

Ces formes qualifiées graves compromettent l'intégrité anatomique et la valeur fonctionnelle des organes pelviens.

Les lésions ont, en effet, envahi tout le petit bassin (sauf la partie tout à fait basse, juxtavaginale du cul-de-sac de Douglas). Parfois, il y a même des lésions abdominales (sigmoïde, bord inférieur du grand épiploon, cœcum, appendice, etc.) L'utérus, les ovaires, les trompes sont noyés au milieu de volumineux hématomes noirs ou décolorés, ocres. A la coupe les ovaires semblent être transformés en véritables éponges hématiques; par contre, les trompes, malgré la gravité apparente de leur atteinte gardent toujours une muqueuse indemne.

Il y a ici les mêmes douleurs abdominales plus ou moins violentes à caractère syncopal et les mêmes modifications de l'état général.

Ce qu'il importe de noter, c'est que ce sont des femmes qui souffrent constamment. La période menstruelle ou la période de la ponte n'est plus marquée

que par une exacerbation des douleurs. L'état général est sérieusement altéré et la malade ne peut plus se remettre dans l'intervalle des crises hémorragiques.

De plus, on peut voir une nouvelle catégorie de manifestations : des signes de compression pelvienne : dysurie, troubles de la défécation, etc.

C'est surtout à l'examen physique de ces malades-là qu'on se rend compte de l'étendue des dégâts. Le petit bassin semble être confondu dans une masse plus ou moins pâteuse, parfois nettement dure qui adhère partout. Les signes physiques de cette forme rappellent assez l'hématocèle de la grossesse extra-utérine.

Voici une observation assez typique quant aux lésions anatomiques :

OBSERVATION N° 5

Une jeune femme d'une trentaine d'années est opérée pour appendicite aiguë grave. Bien qu'on ait constaté l'existence de lésions annexielles droites, on n'est pas autorisé à faire une laparotomie médiane. Quelques semaines après l'appendicectomie, on est obligé d'intervenir par la voie médiane et l'on enlève la trompe et l'ovaire droits qui sont englobés dans d'énormes adhérences. Il est absolument impossible de déterminer, même pièces en mains, la part qui revient à l'ovaire et à la trompe dans la production des lésions.

Cinq ans après, la malade est renvoyée d'urgence avec le diagnostic de grosse masse kystique, située sur le flanc gauche de l'utérus qu'elle coiffe, sans pouvoir en être détachée.

A l'intervention on trouve un kyste renfermant près de 800 grammes de liquide noirâtre, kyste constitué, tout au

moins en partie, au dépens de l'ovaire gauche dont la substance propre a disparu. Des fausses membranes recouvrant l'S iliaque ont certainement contribué également à la formation du kyste. La muqueuse de la trompe enlevée à l'intervention présente un aspect normal ; il en est de même de l'utérus.

L'interrogatoire de cette malade a montré que ces lésions se sont formées sans fièvre, sans grandes douleurs et sans réactions péritonéales.

Ces formes graves paraissent très rares, par rapport aux formes légères que nous avons vues plus haut. D'ailleurs elles ne peuvent guère se constituer d'emblée. La forme grave serait la conséquence d'une série de petites hémorragies qui se résorbent mal et qui finissent par provoquer une réaction anatomique du péritoine et des organes environnants. L'ovaire lui-même, par le mécanisme de la formation de kystes et également par celui de la réaction péritonéale perd sa structure originelle comme dans l'observation ci-dessus. Quant aux lésions de la trompe, nous l'avons déjà vu : elles peuvent en imposer pour des salpingites si l'on ne recherche pas les lésions de la muqueuse qui est intacte dans ces fausses salpingites ayant débuté par le péritoine.

Nous avons vu qu'il existait toute une gamme de lésions depuis l'ovulation physiologique qui s'accompagne certainement d'une petite hémorragie péritonéale insignifiante, jusqu'à la ponte ovulaire de forme cataclysmique que nous avons délibérément écartée de

notre travail. Les trois formes individualisées ci-dessus ne sont, en somme, que l'exagération d'un processus normal.

Etant donné un facteur de prédisposition personnelle que nous ne connaissons pas encore, il est à peu près certain que les hémorragies vont récidiver. Les pontes ovulaires hémorragiques, dans leurs formes discrètes, ne deviennent donc graves que par leur répétition, mais cette répétition est la règle.

V

DIAGNOSTIC

Il est inutile d'insister sur le fait que le diagnostic de la ponte ovulaire hémorragique est fait rarement avant l'ouverture du ventre. Ceci pour la simple raison qu'on n'y pense pas assez. Même lorsque l'aspect clinique du syndrome oriente bien vers une hémorragie péritonéale du petit bassin, la première idée qui vient est celle d'une *grossesse ectopique*. La distinction des hémorragies tubaires et ovariennes ne peut se faire que par des nuances extrêmement délicates à saisir : absence de signes de grossesse, parfois même impossibilité d'une grossesse (ponte ovulaire hémorragique chez les vierges). Ajoutons que l'hémorragie ovarienne survient souvent au moment des règles, ce qui exclut immédiatement la grossesse ectopique.

Malgré ces signes distinctifs, le diagnostic est extrêmement difficile, ce qui n'a pas beaucoup d'importance pratique ; l'intervention chirurgicale étant indiquée dans les deux cas. Une fois l'ovaire et la trompe sous la main on saura faire la part de chacun des organes dans le déterminisme de la maladie.

Nous n'insistons pas sur les autres causes possibles d'hémorragies péritonéales qui sont rarissimes. Le Docteur R. Bonneau a insisté sur les *endométriomes* à propos d'une observation de Lanos et Busser.

Nous avons déjà vu plus haut que l'erreur très fréquemment commise était la confusion avec *l'appendicite*. La recherche de symptômes proprement génitaux pourra facilement dissiper cette erreur.

Il en est de même des *salpingites*. On n'observe pas dans l'évolution de ces dernières la périodicité, en rapport avec les règles ; on ne trouve pas de petits signes d'hémorragie : syncope, ictus péritonéal et l'on trouve par contre de la fièvre, habituellement absente dans l'hémorragie de l'ovulation.

Dans des formes particulièrement légères, il faut éviter de faire simplement le diagnostic de *dysménorrhée*.

Du reste, dans la ponte ovulaire il n'y a pas l'expulsion des pseudo-membranes caractéristiques de la dysménorrhée pseudo-membraneuse.

Dans les formes graves avec grosses adhérences, on pourra penser à une pelvi-péritonite et surtout à une *tuberculose annexielle*. Un examen général de toute malade douteuse est indispensable.

Nous ne possédons guère de signes certains de la ponte ovulaire hémorragique. Il en est cependant un certain nombre qui peuvent donner une présomption sérieuse.

C'est tout d'abord, la date *d'apparition* par rapport aux règles. Un ictus péritonéal survenant dans les dix

jours qui précèdent les règles a de fortes chances de provenir d'une hémorragie ovarienne.

C'est, en deuxième lieu, l'écoulement *noirâtre ou chocolat* qui tranche avec le sang menstruel par son aspect fluide, visqueux, ne se coagulant pas.

C'est, enfin, la localisation de la collection sanguine qui ne se dépose pas dans le Douglas. Presque toujours *le cul-de-sac de Douglas est libre*. (Bonneau, Guyot et Villar, Marty, etc...). Comme les constatations opératoires le montrent, le sang s'étale en quelque sorte sur le péritoine au lieu d'obéir à la pesanteur et de se collecter dans le point le plus déclive du péritoine.

Voilà les trois signes que nous pensons être les plus caractéristiques de la ponte ovulaire hémorragique.

VI

TRAITEMENT

Il est actuellement trois ordres de procédés qu'on peut mettre en œuvre dans le traitement de la ponte ovulaire hémorragique : le traitement médical, le traitement chirurgical mutilant et le traitement chirurgical conservateur. Nous n'insistons pas sur le premier ; il ne peut convenir qu'à des cas tout à fait légers et encore sous réserve que l'hémorragie ne se reproduise pas. Quant au traitement chirurgical mutilant : ablation de l'ovaire et de la trompe d'un côté ou bien hystérectomie, il ne peut être pratiqué que dans les cas où les organes pelviens sont endommagés par la répétition des hémorragies, les adhérences et les réactions exsudatives du péritoine.

Nous insisterons donc surtout sur le *traitement chirurgical conservateur* convenant très bien à la majorité des cas et dont la technique a été mise au point par le Docteur Raymond Bonneau. En voici les principaux temps dans la description même de l'auteur :

1° Libération des annexes et, ce faisant, ouverture des collections juxta-ovariennes, décollement des adhé-

rences, jusqu'à ce que les annexes puissent être amenées hors du ventre ;

2° Mise au point de la zone des hématomes, désencroûtement, asséchage, parement des organes voisins et des surfaces pelviennes. Quelques compresses sont tassées sur les surfaces qui suintent encore un peu, on les enlèvera en fin d'opération ;

3° Traitement des lésions de la trompe. On dégage, on essuie, on étale son pavillon ; stomatoplastie s'il y a lieu ; on redresse en rectitude son corps ; on s'assure par le cathéterisme de la perméabilité de sa cavité. Cette perméabilité est la règle. Si par exception la trompe était oblitérée et ne pouvait être rendue perméable, la salpingectomie s'imposerait. C'est la raison pour laquelle il faut examiner la trompe avant d'aller à l'ovaire ;

4° Traitement des lésions de l'ovaire : curettage des cavités, qui apparaissent béantes à la surface du parenchyme, ablation des caillots, hémostase soit au thermo, soit à l'étincelle de haute fréquence, soit par capitonage, ouverture des kystes intra-ovariens, résection des parties d'ovaire les plus malades ;

5° Jointage ovario-tubaire, encapuchonnement de l'ovaire dans le pavillon de la trompe en vue d'une meilleure possibilité de la fécondation ;

6° Fixation haute de l'ovaire.

Voilà les principaux temps de ce traitement conservateur. La question du drainage a été résolue par la négative, tout au moins par le Docteur R. Bonneau,

alors que Marty se montre partisan d'un drainage pendant quarante-huit heures.

Une objection peut être soulevée contre la chirurgie conservatrice de l'ovaire dans les hémorragies de l'ovulation : *la fréquence des récurrences*. L'ovaire nettoyé et laissé en place peut être le siège de nouvelles hémorragies. Il est vrai que l'autre ovaire peut saigner aussi après ablation du premier. Il faut d'ailleurs toujours examiner l'ovaire du côté opposé sur lequel on trouve parfois des kystes hématiques sur le point de se rompre.

La fixation haute de l'ovaire que le Docteur R. Bonneau a introduite dans sa technique est précisément destinée à mettre la malade à l'abri des conséquences d'une récurrence. Il s'agit de mettre l'ovaire « hors du petit bassin où les organes sont rapidement à l'étroit, loin des parois pelviennes sous lesquelles passent de nombreux vaisseaux et nerfs, loin de l'autre ovaire qui, s'il est atteint du même processus pathologique contribue à l'accroissement de volume des hématomes, loin du vagin par qui le coït est douloureux, loin du rectum qui, par ses alternatives de plénitude et de vacuité, tire les masses pelviennes adhérentes. » Il est à noter, en outre, que plus près de la paroi abdominale antérieure, l'ovaire est plus accessible aux moyens médicaux.

La fixation de l'ovaire peut être réalisée par la pose de l'organe sur l'S iliaque qui le séparera des organes du petit bassin. Dans d'autres cas, on pourra avoir recours à une ligamentopexie qui fixera en même temps que l'utérus, l'ovaire en position haute.

En résumé, le traitement chirurgical peut comprendre un simple nettoyage suivi de fixation de l'ovaire, une ablation unilatérale de l'ovaire et de la trompe et enfin l'hystérectomie.

Il semble bien que l'orientation actuelle se fait vers une chirurgie de plus en plus conservatrice surtout chez des femmes jeunes qui n'ont pas d'enfants.

Si le traitement chirurgical de ces hémorragies de l'ovulation est bien réglé, il nous manque encore totalement un véritable *traitement étiologique* de la maladie.

CONCLUSIONS

1° La ponte ovulaire hémorragique se présente sous deux aspects : tantôt elle prend le caractère soudain et grave de l'inondation péritonéale aiguë qui indique une laparotomie immédiate ;

Tantôt elle a une allure plus discrète qui laisse tout le temps pour la mise en observation de la malade. Mais en se répétant elle arrive peu à peu à constituer une véritable entité morbide. C'est cette entité morbide qui fait l'objet de notre thèse.

2° La ponte ovulaire non cataclysmique prend, selon l'intensité des lésions, les trois formes schématiques suivants, qui du reste ont tendance à se succéder au cours des années.

a) *une forme légère* souvent plus soupçonnée que diagnostiquée, mais qu'on vérifie par hasard au cours d'autres opérations.

b) *une forme moyenne* décelable par des réactions ovariennes qui sont entièrement différentes des poussées de salpingites.

c) *une forme grave* caractérisée par de larges infiltrations hématicques bilatérales de tout le petit bassin.

A chacune de ces trois formes conviennent des traitements différents :

a) La forme légère sera ordinairement traitée non opératoirement, par les petits soins ordinaires de gynécologie ;

b) A la forme moyenne convient le traitement chirurgical conservateur qu'on peut ainsi formuler :

Laparotomie. Evacuation des hématomes juxta-ovariens et des lésions réactionnelles séreuses ou pseudo-membraneuses du péritoine voisin.

— Traitement direct de l'ovaire : évacuation des hématomes intra-ovariens, résections cunéiformes méthodiques avec fines sutures d'accolement.

— Désencroûtement du pavillon tubaire, Adaptation ovario-tubaire (c'est le traitement de la stérilité).

— Suppression de toute surface cruentée du péritoine du petit bassin par l'utilisation de l'S iliaque.

— Reposition des ovaires en zones péritonéales saines, en l'occurrence en position haute dans le grand bassin, soit par une ovariopexie directe, soit et plus souvent indirectement par une ligamentopexie utérine.

— Pas de drainage.

c) A la troisième forme, heureusement rare, sera réservée l'exérèse totale surtout si la femme a déjà eu plusieurs grossesses.

4° Mieux la question de la ponte ovulaire hémorragique est connue du chirurgien, plus celui-ci devient un opérateur-conservateur.

Vu: *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu: *Le Président,*
LENORMANT

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

BESANÇON. — L'inondation périnéale et l'hématocèle en dehors de la grossesse extra-utérine (*Thèse Paris* 1929).

R. BONNEAU. — Quelques documents opératoires sur la ponte ovulaire hémorragique et sur les hématomes ovariens et juxta-ovariens qui en résultent (*Rev. fr. Gyn. et Obst.*, Août 1922).

R. BONNEAU. — La ponte ovulaire hémorragique *Revue de Path. comp.*, 20 décembre 1922).

R. BONNEAU. — L'ovarioplexie contre la ponte ovulaire hémorragique (*Rev. fr. Gyn. et Obst.*, Septembre 1923).

R. BONNEAU. — La trompe dans les hématomes ovariens et juxta-ovariens. Les fausses salpingites (*J. des Prat.*, 20 octobre 1923).

R. BONNEAU. — Note sur les rapports entre la ponte ovulaire hémorragique et l'hémophilie. — *La Gynécologie*.

DREYFUS, LE FOYER et LEJEUNE. — *Gynécologie et Obstétrique*, Août 1932.

FRUCHAUD et GARNIER. — *La Médecine*, Avril 1932.

GUYOT et VILLAR. — Les hémorragies du corps jaune (*Rev. fr. Gyn. et Obst.*, Février 1930).

MARTY. — Contribution à l'étude des hémorragies du corps jaune (*Thèse Bordeaux* 1927).

NOVAK. — *J. of Amer; Med. Assoc.* 1917, LXVIII, 1160.

N.-B. SACKETT. — Intraperitoneal haemorrhage of ovarian origine' (*Am. J. of Obst. and Gyn.*, Juin 1932).

SCHICKELE. — *Gynéc. et Obst.* 1924.

